RECHERCHES

SUR

L'HYDROPNEUMONIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 5 juillet 1819, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR JEAN-JOSEPH BAUME, de Marcoux,

Département des Basses-Alpes ;

Ancien Elève des hôpitaux et hospices civils de Paris ; Bachelier ès-lettres de l'Académie de la même ville.

Est quàdam prodire tenùs, si non datur ultrà.
HOR., epist. I.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1819.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LEROUX, Doyen.
M. BOURDIER.
M. BOYER, *Examinateur.*
M. CHAUSSIER.
M. CORVISART.
M. DEYEUX.
M. DUBOIS.
M. HALLÉ.
M. LALLEMENT.
M. PELLETAN, *Examinateur.*
M. PERCY, *Examinateur.*
M. PINEL, *Examinateur.*
M. RICHARD.
M. THILLAYE.
M. DES GENETTES.
M. DUMERIL.
M. DE JUSSIEU, *Examinateur.*
M. RICHERAND.
M. VAUQUELIN.
M. DESORMEAUX.
M. DUPUYTREN.
M. MOREAU.
M. ROYER-COLLARD.
M. BÉCLARD.
M. MARJOLIN, *Président.*
M. ORFILA.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

Témoignage de piété filiale et de reconnaissance éternelle.

A MONSIEUR CLARION,

Docteur en médecine; Pharmacien ordinaire du Roi; Professeur adjoint de botanique au collége royal de pharmacie, etc.

Daignez accueillir cet essai avec cette bienveillance dont vous n'avez cessé de m'honorer. L'hommage est bien faible; mais il est la sincère expression de l'attachement le plus respectueux, et de la reconnaissance la mieux sentie.

A MONSIEUR CAYOL,

Docteur en médecine; Médecin du bureau central d'admission des hôpitaux et hospices civils de Paris, etc.

En offrant cet hommage au praticien distingué qui m'éclaira toujours de ses conseils, je remplis un devoir bien cher à mon cœur; celui de la reconnaissance.

J. J. BAUME.

RECHERCHES

SUR

L'HYDROPNEUMONIE.

DISTRIBUÉS dans tous les tissus de l'économie, les vaisseaux exhalans et absorbans jouent un rôle très-important dans l'exercice de la vie : ils exhalent et absorbent dans l'état de santé la quantité de liquides et de fluide nécessaire à ses besoins. L'exhalation et l'absorption se font donc partout : partout en opposition, ces deux importantes fonctions se maintiennent réciproquement en équilibre. L'une rejette au-dehors les fluides devenus impropres à la nutrition ; l'autre rapporte de toutes parts, pour les verser dans le torrent de la circulation, les élémens propres à réparer nos pertes. Ces élémens réparateurs sont ensuite transmis aux différens organes par les exhalans, qui font en outre pleuvoir à leur surface, comme dans les aréoles du tissu cellulaire, qui entre dans leur texture, une sérosité lubrifiante, propre à faciliter leur action et leur mouvement.

Une cause inconnue vient-elle à exalter ou à diminuer la sensibilité organique de ces deux ordres de vaisseaux ? Cet équilibre se rompt aussitôt; un nouvel ordre de phénomènes commence et annonce leur aberration. Des matériaux inutiles, et même nuisibles, sont introduits dans l'économie par les absorbans ; les exhalans versent

une sérosité surabondante, ou divers autres fluides, qui, par leur accumulation dans les organes, deviennent le germe de plusieurs maladies. Ces considérations succinctes sur l'exhalation et l'absorption nous éclairent-elles suffisamment sur la cause prochaine de l'hydropneumonie ? je ne le pense pas. Admettrons-nous dans le poumon une idiosyncrasie particulière telle, qu'un défaut d'équilibre entre ces deux fonctions puisse plutôt s'établir vers cet organe que vers un autre? Le peu de connaissances que nous avons sur les lésions des propriétés vitales, des exhalans, et des absorbans, rendent cette proposition, sinon inadmissible, du moins fort hypothétique. Aussi, en admettant avec la plupart des physiologistes que c'est dans l'exaltation, dans la diminution, ou dans la perversion des propriétés vitales de ces vaisseaux qu'il faut chercher la cause des changemens morbides que peuvent éprouver ces fonctions; tiendrons-nous compte, non-seulement de ceux que peut éprouver la nutrition, mais encore l'organe malade lui-même?

Considérations générales.

L'infiltration séreuse des aréoles cellulaires du parenchyme pulmonaire, appelée pendant long-temps *œdème du poumon*, a reçu, dans ces derniers temps, la dénomination beaucoup plus exacte d'*hydropneumonie*. *Hippocrate* ne paraît pas avoir connu cette affection. Ce qu'il appelle *hydrops pulmonis*, dans son livre *de Morbis*, n'est autre chose que l'hydrothorax. Cependant il fait mention dans son Traité *de internis affectionibus*, des hydropisies enkystées qu'on trouve dans le poumon de certains animaux, comme le bœuf, le cochon, le mouton, etc. *Albertini* (1) et *Barrère* (2) sont les premiers qui aient fait distinguer par des observations, l'œdème du poumon de l'hydrothorax, avec lequel on l'avait pendant long-temps confondu.

(1) Inst. bononiens.
(2) Obs. anat.

Rivière (1), *Charles Lepoix* (2), *Ma'oët* (3), *Simson* (4), *Maurice Hoffman* (5), *Bonet* (6), *Morgagny* (7), *Boerhaave* (8), *Van-Swieten* (9) et *Baraillon* en ont tous parlé plus ou moins longuement : mais ce qu'ils en disent s'applique plus particulièrement aux hydropisies enkystées du poumon qu'à son infiltration séreuse. Aussi *Dehaën* (10), qui n'a en quelque sorte fait que l'historique de cette dernière maladie, dit que, si ces auteurs semblent quelquefois vouloir en parler, on reconnaît bientôt par le diagnostic, par le prognostic, et par le traitement exposés dans leurs écrits, qu'ils ne parlent, comme *Hippocrate*, que des tumeurs cystiques du poumon, ou que de la lymphe de ces tumeurs épanchée dans le thorax, laquelle produit l'hydrothorax. L'observation quarante-troisième, rapportée par *Fabrice de Hilden*, dans sa première centurie, nous fournit un exemple de ce qu'avance cet auteur.

L'hydropneumonie est rarement primitive ou essentielle; cependant on l'observe quelquefois. Dans le plus grand nombre des cas elle est consécutive ou symptomatique. Elle est primitive toutes les fois qu'elle n'est pas produite par une lésion des organes de la circulation et de la respiration, ou par quelque tumeur developpée dans le voisinage de ces organes; elle est consécutive au contraire quand elle a pour cause une lésion, soit vitale, soit organique de ces mêmes parties. Au reste, quelle que soit la cause qui produise l'hy-

---

(1) Opera.
(2) De morb. à seros. colluv.
(3) Mem. acad. des scienc., an 1732.
(4) Mém. et obs. de méd. d'Edimb., t. 6.
(5) Act. nat. cur., t. 1.
(6) Sepulch., lib. 2, sect. 1.
(7) Epist. 16, t. 1.
(8) Aph.
(9) Comm.
(10) Rat. med., t. 2.

dropneumonie, dans l'un et dans l'autre cas elle suit constamment la même marche, et présente les mêmes symptômes. Il n'y a donc d'autre différence entre l'hydropneumonie primitive et l'hydropneumonie consécutive que celle des causes qui les produisent. C'est ce que va nous prouver l'énumération de celles-ci.

Causes.

L'hydropneumonie peut être observée dans tous les climats, et affecter indistinctement les individus de tout tempérament, de tout âge et de tout sexe. Cependant ceux qui ont un tempérament lymphatique très-developpé, et jouissant de peu d'énergie; les femmes, et les vieillards y sont plus prédisposés que les autres. Le séjour prolongé dans une atmosphère humide; l'habitation de lieux bas et marécageux, un régime aqueux, végétal et peu nourrissant; la débilité générale qui succède aux maladies de longue durée, aux évacuations abondantes; enfin toutes les causes capables de détériorer la constitution, et de la rendre molle et faible, y disposent plus ou moins. Certaines professions paraissent y prédisposer d'une manière plus particulière que toutes les causes que nous avons indiquées. Ces professions sont toutes celles qui exigent l'immersion habituelle de quelque partie du corps dans l'eau. Les marins, les pêcheurs, les ouvriers des ports, ceux qui travaillent sur le bord des fleuves et des rivières sont aussi ceux chez lesquels on observe le plus souvent l'hydropneumonie.

Réduits dans quelques cas, fort rares à la vérité, à ne pouvoir trouver à l'ouverture des cadavres aucune lésion capable de produire l'hydropneumonie, quelques-uns des médecins dont j'ai parlé ont admis dans le poumon une idiosyncrasie spéciale, propre à la développer dans certaines circonstances. Cette idiosyncrasie, que nous appellerons *insuffisance d'action du système lymphatique pulmonaire*, pour parler un langage plus physiologique, n'étant rien moins que probable, comme nous l'avons déjà dit, voyons si nous serons plus heureux dans la recherche des *causes occasionnelles*. Le peu de

connaissances qu'on a sur celles-ci et notre inexpérience nous font craindre les conjectures et les hypothèses. Nous allons néanmoins en passer quelques-unes en revue ; et pour procéder à leur énumération avec plus de clarté, nous les diviserons en *causes occasionnelles accidentelles*, et en *causes occasionnelles pathologiques*. Cette distinction est d'autant plus importante, qu'elle est pour ainsi dire la base du diagnostic et du prognostic.

Causes occasionnelles accidentelles. L'un des effets le plus fâcheux produit par le froid et par l'humidité est, sans contredit, la suppression de la transpiration cutanée. Toutefois je suis loin d'attribuer à ces agens, la production de l'hydropneumonie en pareille circonstance ; mais nous n'ignorons point que ceux-ci n'exercent pas seulement leur influence que sur la peau. Continuellement en contact avec la membrane muqueuse des voies aériennes, ne peuvent-ils pas, en supprimant la transpiration pulmonaire, occasionner une infiltration séreuse des poumons ? Je dirai plus, et la chose me paraît très-possible ; l'humidité que l'air tient en suspension est probablement en partie absorbée dans ces organes. Quoi qu'il en puisse être, de l'une et de l'autre de ces deux suppositions, il doit nécessairement en résulter des effets divers, suivant l'idiosyncrasie de l'individu qui se trouve soumis à l'influence du froid et de l'humidité. Tantôt des catarrhes et des pneumonies en seront la suite ; tantôt ce seront des collections séreuses dans les plèvres ou des infiltrations séreuses du poumon : ce dernier cas est le plus rare.

Parmi les autres causes accidentelles nous noterons toutes celles qui peuvent ralentir la circulation, comme les saignées, les hémorrhagies excessives ; la prédominance de la sérosité du sang sur le cruor. En augmentant la transpiration pulmonaire, l'accélération du mouvement du sang ne pourrait-elle pas encore développer l'hydropneumonie ?

L'ingestion de boissons froides et abondantes dans l'estomac, le refroidissement, et toutes les autres causes capables de ralentir,

d'affaiblir ou d'arrêter l'absorption, peuvent, je n'en doute pas, donner quelquefois lieu à l'hydropneumonie. Peut-être même que beaucoup d'asthmes ne reconnaissent pas d'autre cause que cette infiltration séreuse du poumon.

Causes occasionnelles pathologiques. Les causes de l'hydropneumonie consécutive sont et bien plus nombreuses et bien mieux connues que les précédentes. Toutes les maladies qui empêchent la libre circulation de la lymphe, tous les obstables à la grande circulation peuvent y donner lieu. Toutes les maladies du cœur, celles des gros vaisseaux, les tumeurs développées dans leur voisinage, les collections séreuses et purulentes qui se forment dans les plèvres, le péritoine et certaines affections du foie la produisent fréquemment. Dans ce cas l'hydropneumonie est due, tantôt à la débilité dans laquelle tombent consécutivement les absorbans, tantôt à la compression de quelques-uns de ces vaisseaux, comme cela s'observe fréquemment dans la dégénération tuberculeuse des glandes bronchiales chez les enfans.

Il est à peine nécessaire de dire qu'en pervertissant ses fonctions, toutes les lésions du poumon, soit vitales, soit organiques, doivent fréquemment devenir des causes d'hydropneumonie. La péripneumonie au premier degré et la phthisie pulmonaire nous en fournissent des exemples très-nombreux.

Symptômes.

Une toux assez fréquente et sans expectoration, une gêne assez marquée de la respiration, et un léger œdème des extrémités, tant supérieures qu'inférieures, sont les premiers symptômes qu'on observe. Plus tard la difficulté de respirer devient tellement grande, que le malade ne peut plus garder la position horizontale; l'attitude assise est la seule qu'il puisse garder, sans craindre d'être suffoqué. C'est vers cette époque de la maladie que survient quelquefois l'enflure du visage et des malléoles que *Simson* (ouv. cité) regardait comme des

signes assez certains de l'hydropneumonie, surtout lorsque le pouls est petit et si déprimé qu'on peut à peine le sentir. C'est aussi alors que les malades éprouvent par intervalles, comme l'a le premier remarqué *Maurice Hoffmann*, un sentiment de pesanteur qui se prolonge depuis le côté jusqu'au bas de la poitrine en arrière, en passant par le milieu du thorax.

La percussion ne fournit pas le plus ordinairement de signe certain de l'existence de l'hydropneumonie. Cependant, lorsque le tissu pulmonaire, engorgé par la sérosité, est devenu à peu près imperméable à l'air, le côté affecté rend un son moins clair que dans l'état naturel; mais ce signe n'a de valeur qu'autant qu'on est sûr qu'il n'existe ni péripneumonie chronique, ni épanchement, soit séreux, soit purulent dans les plèvres. Il n'en est pas de même des signes qu'on peut obtenir par l'auscultation médiate. Celle-ci donne des résultats bien plus satisfaisans que la percussion. Si on applique le stéthoscope sur le côté correspondant au poumon infiltré, on entend à peine la respiration; encore est-elle accompagnée d'un *râle crépitant*, que l'habitude peut seule faire distinguer de divers autres râles propres à quelques autres maladies du poumon. M. *Laennec*, médecin de l'hôpital Necker, dont j'ai suivi pendant long-temps la clinique, comme son élève, regarde le râle dont je parle comme le signe à peu près caractéristique de l'hydropneumonie et de la péripneumonie au premier degré. J'ai vu plusieurs fois ce praticien célèbre annoncer l'existence de cette affection d'après ce caractère, et plusieurs fois aussi j'ai été témoin de l'exactitude de son diagnostic à l'ouverture des cadavres.

Dans les derniers temps de la maladie l'oppression devient extrême, la suffocation imminente; l'infiltration des extrémités gagne le tronc; quelquefois il survient une ascite, un hydrothorax. Le pouls est petit, fréquent, très-irrégulier, ou comme embrouillé, suivant l'expression de *Barrère*. (ouv. cité.) Une agitation continuelle, le délire, la respiration stertoreuse, et des sueurs froides qui couvrent tout le corps, annoncent la fin prochaine du malade.

Complications. Outre les lésions que nous avons déjà signalées comme causes de l'hydropneumonie, il est d'autres maladies qui la compliquent assez souvent : telles sont diverses collections séreuses qui se forment consécutivement dans les plèvres, le péricarde et le péritoine. Elle peut également coexister avec un emphysème du poumon, comme le prouve la quatrième observation d'œdème du poumon rapportée par *Barrère*.

Diagnostic. Le diagnostic de l'hydropneumonie est presque toujours difficile à établir. Ce n'est qu'en comparant quelques-uns des signes de cette affection avec ceux de l'hydrothorax, de l'hydropéricarde, et de l'anévrisme de l'aorte, qu'on peut parvenir à la distinguer de ces maladies.

Dans l'hydrothorax, la difficulté de respirer est moins grande que dans l'hydropneumonie ; cela s'explique très-bien par la dilatation du poumon, tant que la cavité des plèvres n'est pas remplie de sérosité, et que le poumon lui-même n'est pas très-comprimé. Dans le second cas, au contraire, la sérosité, infiltrée dans le parenchyme pulmonaire, rend celui-ci presque imperméable à l'air. Dans l'hydrothorax, les malades se couchent ordinairement du côté de l'épanchement ; dans l'œdème du poumon, ils sont constamment assis. Les réveils en sursaut, et l'empâtement de la peau du côté affecté, qu'on observe quelquefois dans le premier cas, ne s'observent jamais dans le second. Le soulèvement des côtes, et un sentiment de pesanteur à la base de la poitrine, sont encore étrangers à l'hydropneumonie, et appartiennent à l'hydrothorax. La percussion et l'auscultation médiate donnent également des résulats bien différens dans ces deux affections. Un son mat dans un point du thorax, dans lequel on perçoit ensuite, par un changement de position du malade, une résonnance naturelle ; est le signe le plus certain d'un épanchement de sérosité dans les plèvres. On peut ajouter à ce mode d'exploration le refoulement des viscères abdominaux conseillé par *Bichat*. Rien de semblable ne s'observe dans l'hydropneumonie. Dans l'un et

l'autre cas, on n'entend point, ou que très-peu, la respiration à l'aide du stéthoscope : c'est une vérité fondamentale; mais dans l'hydrothorax, on n'entend point le râle dont j'ai parlé plus haut.

L'hydropéricarde est caractérisé par des battemens tumultueux et obscurs du cœur, qu'on peut percevoir avec la main, encore mieux avec le stéthoscope : ce qui ne s'observe jamais dans l'hydropneumonie primitive. Il n'en est pas tout-à-fait de même dans celle que nous appelons *consécutive* : alors ces battemens peuvent exister; mais ils appartiennent toujours à l'hydropéricarde, qui peut être regardé, dans cette circonstance, tantôt comme cause, et tantôt comme effet de l'œdème du poumon.

Le sifflement et le bruissement qui se font sentir au-dessus de la région du cœur, le son obscur rendu par la percussion de cette région, ne suffisent pas pour faire distinguer l'anévrisme de l'aorte de l'hydropneumonie. L'auscultation médiate peut encore seule nous éclairer. Si la respiration s'entend bien sur l'un et sur l'autre côté du thorax, on peut avancer hardiment que les poumons sont sains, et qu'il y a anévrisme de l'aorte,

Il résulte de l'examen des principaux symptômes de ces maladies que le *râle crépitant*, joint à l'absence presque complète de la respiration dans l'hydropneumonie, et aux autres symptômes généraux, est le seul signe sur lequel on puisse fonder son diagnostic avec quelque certitude.

Prognostic. Lorsque la difficulté de respirer n'est pas très-considérable, et que l'hydropneumonie est essentielle, le prognostic en général n'est point fâcheux. Toutes les fois, au contraire, qu'elle est l'effet d'une maladie grave par elle-même, elle hâte la mort du malade. L'anasarque, la suffocation, le crachement de sang, et la détuméfaction subite des extrémités, sont des signes de mauvais augure.

Traitement.

Le peu d'occasions qu'on a eu d'observer comme essentielle la maladie que je viens de décrire n'a point permis d'établir des préceptes généraux pour la combattre. Aussi quelques médecins ont-ils conseillé les hydragogues, les diurétiques, les toniques et les sudorifiques. Ceux-ci ont été employés avec succès par *Albertini* dans une hydropneumonie dépendante de la répercussion de plusieurs dartres; d'autres ont vanté la saignée, les vomitifs, les purgatifs, les expectorans et les vésicatoires aux jambes. Nous ajouterons à ces moyens l'emploi des exutoires placés sur le côté affecté, et particulièrement les sétons et les moxas. On aura soin surtout de faire respirer au malade un air sec et pur. Vers la fin de la maladie, on lui conseillera l'usage des eaux minérales et l'exercice du cheval, recommandés par *Dehaen.*

Ce traitement essentiellement perturbateur est celui qu'on emploiera avec le plus de succès dans l'hydropneumonie primitive, s'il est dirigé par une main habile : c'est aussi celui qui réussit le mieux dans toutes les autres hydropisies, quel que soit leur siége. Il ne saurait convenir dans tous les cas d'hydropneumonie consécutive. Ce que nous avons dit de la nature des causes, fait assez pressentir l'inutilité du traitement de l'infiltration séreuse du poumon, et la nécessité de diriger nos moyens thérapeutiques contre la maladie qui l'a occasionnée, pour qu'il soit inutile d'insister plus long-temps sur cet objet.

Première observation d'hydropneumonie.

Une femme âgée de trente-six à quarante ans entra l'année dernière à l'hôpital Necker presque mourante. M'étant rendu auprès d'elle un instant après son arrivée, je la trouvai dans un état d'agitation extrême : la suffocation était imminente, les extrémités étaient œdéma-

tiées. Curieux de voir quels résultats j'obtiendrais par le stéthoscope, je fus fort étonné de n'entendre qu'un râle dont la nature m'était alors inconnue. Ne voulant point la fatiguer, je la quittai pour lui faire administrer quelques secours. Un quart d'heure après je la trouvai morte. Voici ce que nous observâmes le lendemain à l'ouverture du cadavre, que je fis en présence de M. *Laennec*.

Etat extérieur. Cadavre de quatre pieds huit pouces; demi-marasme; infiltration des extrémités.

Tête. Meninges et cerveau parfaitement sains.

Thorax. Le péricarde contenait quelques onces de sérosité de couleur fauve; le cœur, du volume du poing du sujet, avait des parois et des cavités bien proportionnées.

Le tissu des poumons, flasque et peu crépitant, conservait l'impression du doigt assez long-temps : il offrait dans divers points, surtout vers la base, une résistance assez forte au scalpel, ou plutôt il se dérobait à son tranchant, qui semblait déplacer un liquide avant de le couper.

Après l'incision, le parenchyme pulmonaire, d'un gris ardoisé, paraissait très-luisant; en le comprimant même fort légèrement, il en suintait une sérosité très-abondante, peu rouge, et à peine spumeuse.

Dans l'abdomen, les recherches les plus exactes ne firent pas rencontrer la moindre lésion.

Deuxième observation d'hydropneumonie.

E. V. Roussel, veuve, âgée de quarante-sept ans, avait toujours joui d'une bonne santé jusque vers la fin de 1817. Réglée à onze ans, mariée à douze, et mère de plusieurs enfans, elle n'avait jamais éprouvé la moindre irrégularité dans sa menstruation; mais des pertes fréquentes signalèrent son époque critique, et elle cessa d'être réglée au mois de décembre 1818. Une douleur vive survenue à cette

époque dans le côté gauche de la poitrine, détermina la malade à entrer à l'hôpital Necker, où elle fut admise le 20 décembre. Voici quel était alors son état : face légèrement jaunâtre, maigreur assez marquée, bras œdématiés, respiration courte et embarrassée, toux peu fréquente, expuition de crachats visqueux, noyés dans beaucoup de salive. La respiration s'entendait à peine, à l'aide du stéthoscope, du côté gauche du thorax, et elle était accompagnée d'un *râle crépitant*; ce qui fit affirmer à M. *Laennec* l'existence d'un œdème du poumon. Un séton appliqué sur le côté soulagea beaucoup la malade, et rendit la respiration plus libre. Ce mieux se soutint jusqu'au 4 février 1819. A cette époque les extrémités inférieures s'œdématièrent; il survint de l'insomnie et des étouffemens qui forçaient la malade à se tenir sur son séant dans son lit. Quelques jours plus tard, l'enflure des membres gagna le tronc. Au commencement du mois de mars, tout le corps était énormément infiltré; des excoriations survenues aux jambes laissèrent suinter beaucoup de sérosité; le pouls était faible, petit et irrégulier. La malade devint triste : on sentit la fluctuation d'un liquide dans l'abdomen. Enfin, la veille de sa mort, le pouls devint très-fréquent, la fièvre violente, la difficulté de respirer extrême.

Autopsie cadavérique.

État extérieur. Face violette, infiltration générale, excoriations livides aux jambes et aux cuisses.

Thorax. Les plèvres contenaient une assez grande quantité de sérosité limpide et légèrement citrine. Les poumons adhéraient presque de toutes parts à la plèvre costale par des lames celluleuses, assez longues, fermes et bien organisées; le tissu pulmonaire était, dans l'un et l'autre de ces organes, flasque et peu crépitant : il conservait assez long-temps l'impression du doigt. Une sérosité légèrement spumeuse s'écoula en abondance après l'incision par la plus légère pression; du reste il était parfaitement sain.

Le péricarde contenait quelques onces de sérosité. Le cœur, du volume du poing du sujet, avait des parois et des cavités bien proportionnées.

L'abdomen contenait quatre à cinq pintes d'une sérosité limpide et légèrement citrine. Tous les organes contenus dans cette cavité étaient parfaitemens sains.

Troisième observation d'hydropneumonie.

Françoise Bourré, âgée de quarante-neuf ans, d'un tempérament lymphatique sanguin, toussait depuis long-temps, et était affectée d'un asthme depuis neuf ans. La difficulté de respirer étant devenue plus grande, et une douleur survenue depuis quelques jours à la jambe gauche la déterminèrent à entrer à l'hôpital Necker le 24 mars 1819. Elle offrait alors les symptômes suivans : habitude du corps pâle et flasque, face assez maigre, œdème autour des malléoles, langue humide et blanchâtre, ventre souple et non douloureux à la pression, soif modérée, déjections alvines dans l'état naturel, peau plutôt froide que chaude, pouls un peu fréquent; la respiration était courte, difficile, et interrompue par quelques quintes de toux, suivies de l'expectoration de crachats jaunes et muqueux; le thorax paraissait un peu moins résonner à gauche et en arrière par la percussion; la respiration ne s'y entendait que très-peu à l'aide du stéthoscope, et elle était accompagnée du *râle crépitant.* D'après ces différens signes, M. *Laennec* fit noter pour diagnostic, *œdème du poumon.*

La malade resta dans cet état jusqu'au 15 avril. A cette époque une douleur assez vive se fit sentir le long du trajet du nerf sciatique droit : cette douleur disparut en quelques jours par des frictions ammoniacales. La malade se félicitait déjà d'un prompt rétablissement, lorsque, le 25 avril, elle tomba tout à coup dans un assoupissement continuel. (Vésicatoire à la nuque.) Bientôt l'œdème des extrémités inférieures fit des progrès, et s'étendit aux cuisses,

et de là aux parois abdominales ; les extrémités supérieures devinrent également plus infiltrées (diurétiques).

Dans les premiers jours de mai une diarrhée abondante se déclara, la face s'affaissa et devint grippée ; le pouls était petit, très-faible et irrégulier. Mort le 6 mai, après une courte agonie.

Autopsie cadavérique.

État extérieur. Infiltration presque générale.

Tête. Pie-mère infiltrée d'une assez grande quantité de sérosité, substance cérébrale très-molle.

Thorax. Le poumon droit présentait sur son bord antérieur plusieurs vésicules de la grosseur d'un grain de chenevis. Ce poumon adhérait de toutes parts à la plèvre costale par un tissu cellulaire bien organisé. Le tissu de cet organe paraissait assez ferme ; en le comprimant à sa surface, on remarqua qu'il conservait l'impression du doigt ; en l'incisant, il en suintait une grande quantité de sérosité diaphane et légèrement spumeuse ; la surface de l'incision était luisante, et le tissu pulmonaire, plutôt flasque que résistant, était évidemment infiltré d'une très-grande quantité de sérosité.

Le poumon gauche adhérait à la plèvre dans toute son étendue ; le tissu de ce poumon offrait à l'incision un aspect analogue au précédent. On a trouvé en outre au sommet de cet organe une cavité capable de loger une pomme de reinette.

Le cœur avait des parois et des cavités bien proportionnées.

Abdomen. Il y avait environ une pinte et demie de sérosité dans le péritoine ; tous les autres organes étoient sains.

Cette observation, qui m'a été communiquée par mon ami *Rault*, élève interne à l'hôpital Necker, est intéressante, comme l'on voit, sous plus d'un rapport. On la trouvera avec beaucoup plus de détails dans l'ouvrage de M. *Laennec*, sur *l'auscultation médiate.*

Je pourrais, à ces observations, en joindre un grand nombre d'autres d'hydropneumonies symptomatiques ; mais la fréquence de celles-ci, me dispense de cette nouvelle tâche : trop heureux si j'ai rempli une partie de celle que je me suis imposée! *Est quàdam prodire tenùs, si non datur ultrà.*

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*Interprete* Cornario).

I.

Vita brevis, ars longa, tempus præceps, experimentum periculosum, judicium difficile. Oportet autem non solùm se ipsum exhibere quæ decent facientem, sed etiam ægrotum, et præsentes, et quæ externa sunt. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

In morbis minùs periclitantur, quorum naturæ, et ætati, et habitui, et tempori morbus magis affinis fuerit, quàm hi quibus non affinis in aliquo horum existit. *Sect.* 2, *aph.* 34.

III.

Hydropicis fientia ulcera in corpore non facilè sanantur. *Sect.* 6, *aph.* 8.

IV.

Ab hydrope detento, ubi aqua in venis ad ventrem confluit, solutio fit. *Ibid.*, *aph.* 14.

V.

Hydropicis tussis accedens, malum. *Ibid.*, *aph.* 35.